



Incontinence Urinaire Examen Clinique Calendrier Mictionnel

R. MATIS



Examen clinique

- Interrogatoire
- Manœuvre de Bonney
- Calendrier Mictionnel

Interrogatoire

Circonstances de découverte

- Ancienneté des troubles
- Circonstances déclenchantes
- Evaluer la gêne ressentie physique psychique et sociale
- Nature de la plainte

Interrogatoire

Circonstances de découverte

- Troubles associés :
 - ✓ Urinaires
 - ✓ Génitaux
 - ✓ Ano-rectaux
 - ✓ De la statique pelvienne
- Différents traitements déjà proposés

Interrogatoire

Questions « type »

- Questions simples que le médecin peut poser.
- Permettent de typer l'incontinence.

Interrogatoire

Questions « type »

La nuit

- Combien de fois vous levez-vous pour uriner?
- Combien de protections par nuit?
- Les protections sont-elles humides aux levers?
- Combien de fuites nocturnes?
- Quand surviennent les fuites (au lever, en dormant)?

Interrogatoire

Questions « type »

Le jour

- Combien de temps s'écoule entre 2 mictions ? EIM
- Combien de fuites par jour?
- Dans quelles circonstances surviennent les fuites (effort, urgence inopinée)?

Interrogatoire

Questions « type »

Le jour : Protections

- Portez-vous une protection (en permanence, occasionnellement, par précaution, par nécessité)?
- Combien de protections par jour?
- Quel type de protection (protège slip, serviette périodique, couche)?
- Comment est la protection lors du changement (humide, franchement mouillée)?

Interrogatoire

Classification des incontinences urinaires

- L'incontinence urinaire d'effort
- L'incontinence urinaire par urgenterie
- L'incontinence urinaire mixte
- L'incontinence permanente
- L'incontinence par regorgement

Types d'incontinence

L'incontinence urinaire d'effort

- Fuite involontaire d'urine par le méat urétral lors de l'élévation de la pression abdominale à l'effort. C'est la plus fréquente (50% des cas).
- En jet, plus ou moins abondante synchronisée de l'effort, sans besoin préalable.
- Efforts : éternuement, toux, sport, marche, passage en position debout.

Types d'incontinence

L'incontinence urinaire par urgenterie

- Fuite involontaire d'urine par le méat urétral accompagnée ou immédiatement précédée d'une urgenterie.
- Urgenterie : envie soudaine et irrésistible d'uriner, difficile ou impossible de différer. Besoin anormal par sa brutalité et son intensité (10 à 20% des cas).
- Quelques gouttes à la totalité du contenu de la vessie.
- Facteurs déclenchant : contact avec l'eau, le froid, syndrome de la clef (dans la serrure).
- Délai de sécurité : temps entre l'envie d'uriner et la fuite.

Types d'incontinence

L'incontinence urinaire mixte

- Association de fuites à l'effort et par urgence (60% des cas).
- Quantifier la part de chaque incontinence.
- Identifier la gêne.

Types d'incontinence

L'incontinence permanente

- Indépendant de besoin et d'effort, jours et nuits.
- Fistule urinaire.
- Affection neurologique.
- Insuffisance sphinctérienne majeure.

Types d'incontinence

L'incontinence par regorgement

- Élimination du trop-plein vésical.
- Cadre de rétention chronique
 - ✓ Par obstacle sous vésical (prostate)
 - ✓ Ou défaut de contractilité vésicale (neuro,...)

Autres troubles mictionnels

- **Fréquence Mictionnelle (FM)**
 - ✓ Nombre de mictions par 24h (normes : EIM = 2 heures)
- **Pollakiurie diurne**
 - ✓ EIM < 2 heures
- **Nycturie**
 - ✓ Besoin d'uriner réveillant le patient
- **Pollakiurie nocturne**
 - ✓ Totalité des mictions nocturnes sans tenir compte de la notion de réveil

Autres troubles mictionnels

- **Dysurie**
 - ✓ Diminution de la force du jet pendant la miction, jet en arrosoir, haché, long, impression de vessie non complètement vidée.
 - ✓ Manœuvres pour débiter ou terminer la miction.
- **Mictions douloureuses**
 - ✓ Les brûlures mictionnelles peuvent être le reflet d'une cystite bactérienne ou non.

Autres troubles mictionnels

- **Troubles du transit**
 - ✓ Constipation, diarrhées, nombres de selles par semaine
- **Incontinence anale**
 - ✓ Fuite de gaz ou de selles, impériosités
- **Troubles neurologiques**
 - ✓ Maladies neurologiques centrales ou périphériques
- **Troubles métaboliques**
 - ✓ Diabète, alcool, toxicomanie...

Calendrier mictionnel

- **Le calendrier mictionnel renseigne sur :**
 - ✓ Le comportement mictionnel
 - ✓ Les habitudes hydriques
- **Le CM a plusieurs fonctions :**
 - ✓ Diagnostique
 - ✓ Thérapeutique
 - ✓ Evaluation clinique des traitements

Calendrier mictionnel

Le CM quantifie plusieurs paramètres mictionnels sur une feuille horodatée / 24h :

- Horaire des mictions volontaires :
 - ✓ EIM = écart inter mictionnel le jour
 - ✓ LN = levers nocturnes la nuit
- Horaires de fuites perçues
- Horaire de changement des protections
- Dans l'idéal, les protections seront pesées pour quantifier les fuites en gramme (PAD Test)

NOM : _____ **PRENOM :** _____ **SEMAINE :** _____

Heures	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
Dimanche le ... / ... / ...																								
Lundi le ... / ... / ...																								
Mardi le ... / ... / ...																								
Mercredi le ... / ... / ...																								
Judi le ... / ... / ...																								
Vendredi le ... / ... / ...																								
Samedi le ... / ... / ...																								

B : noter la quantité (en ml ou en cc) des apports hydriques

M : noter la quantité des mictions volontaires

S : noter les sondages évacuateurs (pour les personnes rétentionnistes)

P : noter le change des protections (pour les personnes ayant des fuites)

F : fuites

Calendrier mictionnel

Le CM permet aussi d'évaluer les habitudes alimentaires hydriques par 24h :

- Quantité de boisson ingérée, quantification de tous les liquides :
 - ✓ Boissons, café, thé, tisane, soupe, eau pour les médicaments...
- AH = Apports Hydriques en litres par 24h
- Le CM permet de faire le bilan des entrées (apports liquidiens) et des sorties (diurèse + fuite)

Calendrier mictionnel

Valeurs diagnostiques du CM :

Normes	AH = 1,5 litres/jour EIM = 2-3 heures LN = 0-1/nuit de 8h
Vessie distendue	AH > 2 litres/jour EIM > 3 heures
Vessie instable	EIM < 1 heure LN > 2/nuit de 8h

Calendrier mictionnel

Apport thérapeutique :

- Le CM permet à la patiente de se rendre compte de ses habitudes mictionnelles et hydriques en particulier dans le cas des vessies distendues.
- Cette prise de conscience rend l'auto rééducation vésicale plus efficace.

Calendrier mictionnel

Evaluation de l'efficacité des traitements

- Lors d'un test thérapeutique, le CM est indispensable pour juger de l'efficacité d'un traitement sur les symptômes urinaires.
- En cas d'incontinence, on quantifiera les fuites par des PAD Test (pesée des protections) associés au CM.

Manœuvres cliniques

Examen

- En position gynécologique.
- Sur table gynécologique.
- Vessie pleine. Ne pas uriner avant l'examen.

Matériels

- Valves vaginales, spéculum, pince languette, lumière.

Objectifs

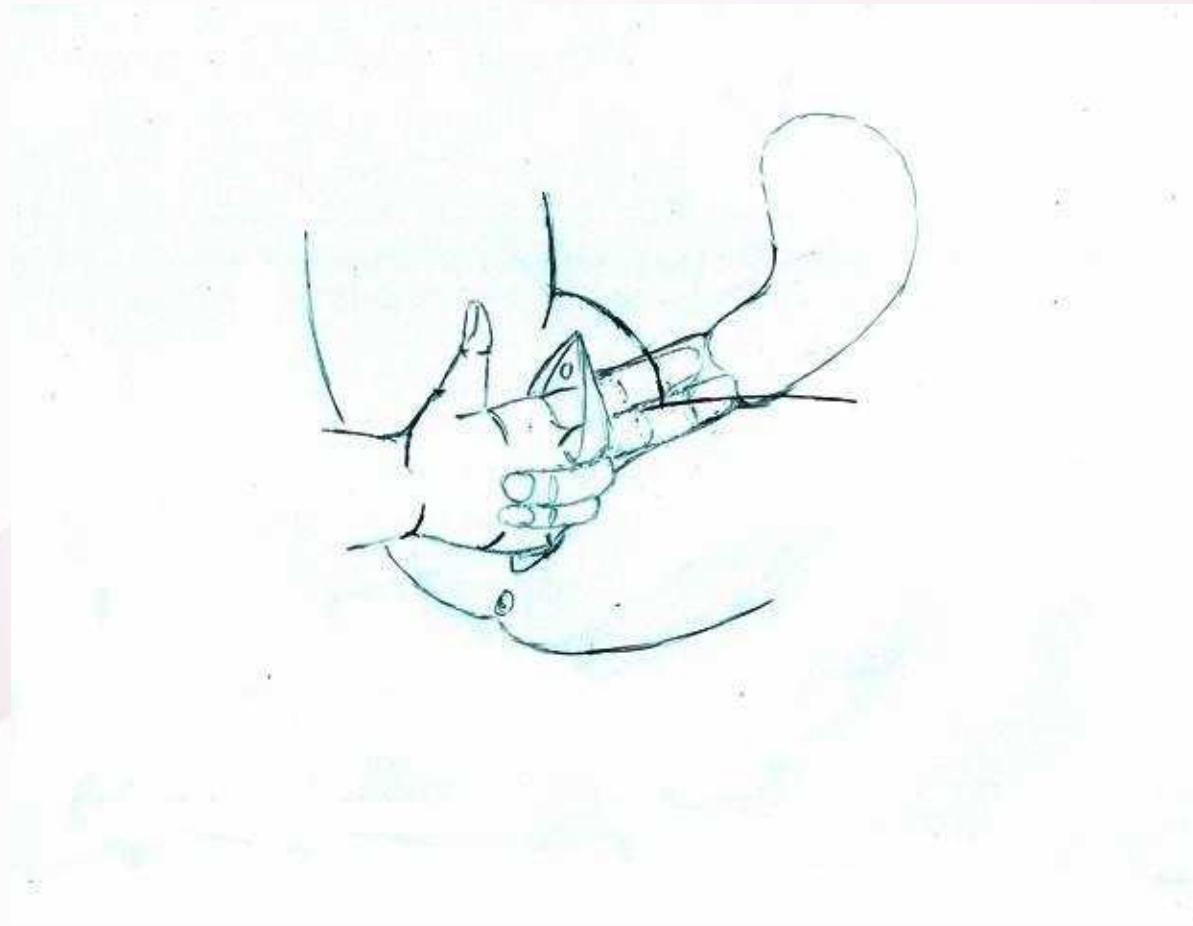
- Mettre en évidence les fuites.
- Evaluer la mobilité urétrale.

Manœuvres cliniques

Mobilité urétrale : la manœuvre de Bonney

- Simule l'effet de bandelettes sous urétrales
- Correction de l'hyper mobilité cervico-urétrale en refoulant la paroi vaginale antérieure au niveau du col vésical vers le haut avec 2 doigts ou une pince languette ouverte.

Manœuvres cliniques



Manœuvres cliniques

Mobilité urétrale : la manœuvre de Bonney

La manœuvre de Bonney est « positive » :

- Quand elle stoppe les fuites.
- Si les fuites persistent lors de la manœuvre de Bonney, évoquer une insuffisance sphinctérienne.

Manœuvres cliniques

Mobilité urétrale : la manœuvre d'Ulmsten

- La manœuvre de soutien de l'urètre d'Ulmsten ou manœuvre « TVT » à 1 cm du méat, là où serait positionnée la bandelette sous urétrale (TVT)
- Ce test est « positif » quand il supprime la survenue de fuite à la toux.

Manœuvres cliniques

L'abondance des fuites : le PAD Test

- Quantifier par la pesée des couches après une épreuve d'effort standardisée : le PAD Test (court ou long).
- Un PAD Test est positif si la perte d'urines est de plus de 1 gramme.

Tonus périnéal

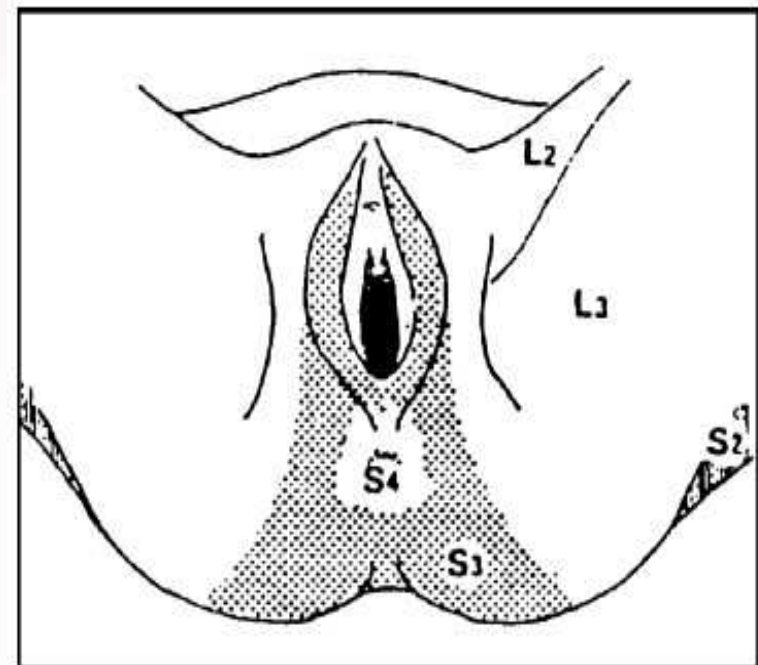
Cotation	Qualité de la contraction	Maintien(sec)
0	Rien	0
1	Traces	1 sec
2	Bien perçue sans résistance	<5 sec
3	Bien perçue sans résistance	>5 sec
4	Perçue avec légère résistance	>5 sec
5	Perçue avec forte résistance	>5 sec

Sensibilité périnéale

Trouble de la sensibilité périnéale

Sensibilité

- L1-L2 : petites lèvres
- L3 : genou antérieur
- S1 : plante du pied, pied externe
- S1-S3 : périnée, peau péri anale
- S2-S4 : urètre, sphincter anal



Territoire de la sensibilité périnéale de la femme

Manœuvres cliniques

Troubles de la statique

- Localisation des prolapsus
 - ✓ L'urètre → urétropose
 - ✓ La vessie → cystocèle
 - ✓ Le col utérin → hystéropose
 - ✓ Le rectum → rectocèle
- Grade des prolapsus
 - ✓ Intra vaginal
 - ✓ Affleurant la vulve
 - ✓ Dépassant la vulve

Manœuvres cliniques

Manœuvre de la valve antérieure

Analyse de la paroi vaginale postérieure pour rechercher une colpocèle postérieure habitée :

- ✓ Par le rectum (rectocèle)
- ✓ Par le cul de sac de Douglas (élytrocèle)
- ✓ Par le péritoine contenant des anses grêles (entérocèle)

Manœuvre de la valve postérieure

- ✓ Recherche d'une colpocèle antérieure habitée habituellement par la vessie (cystocèle)
- ✓ S'il existe un prolapsus, la valve le refoulera et pourra permettre de démasquer à l'effort de poussée une incontinence d'effort.

Conclusion

- L'examen clinique par son interrogatoire et quelques manœuvres permet dans la quasi totalité des situations de « typer » l'incontinence.
- Les examens complémentaires comme le BUD ou l'IRM confirmeront le diagnostic et auront un intérêt pronostique vis à vis du traitement.

Merci.